

**PRUEBA PARA LOS ANTICUERPOS DE EL
VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV - En Inglés)**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO (ORASURE)

**Demas Centros Para El Cuido De Salud
(STD, TB, DTC, PN, FP, CHC, etc.)**

Esta no es una prueba para el SIDA (AIDS en inglés). Esta es una prueba para los anticuerpos producidos por el virus llamado VIH (HIV - en inglés). Un consejero me ha explicado lo que significa un resultado negativo o positivo. En mi próxima visita, un consejero me explicará el resultado de mi prueba.

Entiendo la importancia de saber el resultado de mi prueba para VIH (HIV). Entiendo que al tomar la prueba de manera confidencial voy a dar y firmar mi nombre, mi dirección y número de teléfono correcto. Esta información facilita entrar en tratamiento y/o saber de otros servicios disponibles. También facilita localizarme si no pudiera regresar para el resultado de mi prueba.

Se me dará un número clave como referencia (número de identificación). El número clave estará en este formulario, en el tubo de prueba y la hoja de laboratorio que lo acompaña. El tubo de prueba y la hoja de laboratorio se enviarán al laboratorio estatal que es donde se harán los análisis de la prueba. Solo el número clave estará en el tubo de prueba y en la hoja de laboratorio, no mi nombre. Toda información relacionada se mantendrá en archivo bajo llave.

Si mi prueba resulta positiva, la ley requiere que la información se envíe al Departamento de Salud y de Servicios para Envejecientes de Nueva Jersey. Esta información se podrá enviar a otras agencias solo con mi permiso por escrito u orden judicial. Yo he leído o alguien me ha leído este formulario. Todas mis preguntas han sido contestadas.

(Firma del Testigo)

(Firma del Cliente)

(Número Clave/Referencia)

(Dirección)

(Fecha)

(Ciudad y Estado)

(Nombre del Centro)

(Teléfono)